



Certificado do Médico Assistente

Acidentes Pessoais/Doença/Hospitalização/Responsabilidade Civil Danos Corporais

(Impresso a ser preenchido pelo Médico do Sinistrado)

Segurado	
----------	--

O Sinistrado	
--------------	--

Data do exame		Local	
---------------	--	-------	--

A data do acidente ou doença o Sinistrado era já portador de alguma enfermidade?	
Em caso afirmativo, foi causa da situação actual ou agravou consequências?	

Sintomatologia apresentada	

Data provável das primeiras manifestações da lesão ou doença do Sinistrado	
--	--

Diagnóstico	

As lesões apresentadas podem atribuir-se ao acidente ou doença referida?	
--	--

As lesões podem ocasionar Invalidez Permanente?	
---	--

O Sinistrado fica:		
Internado em		
Sem incapacidade mas recebendo tratamento em		
Duração provável do tratamento (dias)		
Com Incapacidade Temporária Absoluta durante (dias)		
	Sim	Não
Impossibilitada de desempenhar a sua actividade habitual		
Podendo exercê-las em parte		
Podendo ocupar-se da direcção de trabalhos		
Impossibilitada de se ausentar da residência		



Breve descrição pormenorizando as razões para a Incapacidade Temporária	

Observações Finais	

Identificação do Médico			
Morada		Telefone	

Vinheta de Identificação do Médico Assistente (sem este elemento não aceitaremos a validade do documento)	
	Data e local _____
	Assinatura _____